

**Біологічні дослідження –2015: Збірник наукових праць. -
Житомир: ПП«Рута», 2015. С. 438-440**

УДК 616-035.1+617-089

**ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ У ДІТЕЙ
ІЗ СПІНАЛЬНИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ**

Шевчук Д. В.^{1,2,3}, Шарпило О. Л.⁴

¹Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня, шосе Сквирське, 6, с. Станишівка, Житомирський р-н, Житомирська обл., 1230 Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 01601 Україна

³Житомирський державний університет імені І. Франка, вул. Велика Бердичівська, 40, Житомир, 10008, Україна

⁴КУ «Житомирська центральна міська лікарня №1», вул. В. Бердичівська, 70, м. Житомир, 10002 Україна

Ramachandra P. et al. (2014) із США користуючись національною базою даних вивчили поширеність уролітіазу у дітей із спінальними дизрафіями і встановили, що у таких дітей у 16 разів частіше виникають конкременти у сечових шляхах, ніж у дітей без патології хребетного стовпа [4].

Lebowitz RL, Vargas B. (1987) описали досвід лікування 22 хворих дітей із конкрементами сечового міхура. Найбільш поширеними причинами були: наявність стороннього тіла в сечовому міхурі, інфікування *Proteus*, екстрофія сечового міхура, наявність кишкової слизової в сечовому тракті [1].

Schwartz BF, Stoller ML. (2000) серед причин утворення каменів у сечовому міхурі у дітей вказали на такі як дієта, порушення сечовипускання і нескориговані анатомічні вади (клапани задньої уретри чи міхурово-сечовідний рефлюкс)[5].

Серед методів лікування застосовуються як відкриті, так і ендоскопічні [2, 3]. Наводимо клінічний випадок успішного лікування конкрементів сечового міхура у дитини із спінальним сечовим міхуром як наслідок перенесеної хребетної спино-мозкової травми.

Дитина М., 17 років (історія хвороби №5919) госпіталізований в хірургічне відділення №2 Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні 20.05.13 із скаргами на неможливість самотійного сечопуску, зміни в сечі. Із анамнезу відомо, що у 2010 році отримав важку ХСМТ, оперований. В тому ж році у зв'язку із порушенням функції тазових органів дитині накладалась епіцистостома. У 2012 році діагностовано конкременти сечового міхура. Госпіталізований для проведення літотрипсії. Результати обстежень: Загальний аналіз крові Нв – 123 г/л, ер. – $3,9 \times 10^9$ /л, КП – 0.9, лейкоц. – 11.0×10^9 /л, ШОЕ – 10 мм/год. Загальний аналіз сечі: 21.05. білок 0,198 г/л, лейкоц. вел к-ть в п/з, еп пл 8-10 в п/з. 29.05. білок 0,257 г/л, лейкоц 70-80 в п/з, ер зм вел к-ть в п/з, ер незм 35-40 в п/з, еп перех 5-6 в п/з, слиз +, бактерії ++. УЗД нирок: дифузні зміни паренхіми обох нирок з явищами набряку. Ехоознаки

деформації збиральної системи з обох боків. Ехоознаки конкрементів (д 3-4 мм) лівої нирки. Лівобічна пієлокалікоектазія (лох 7 мм, чаш 3 мм). Оглядова урографія: конкременти сечового міхура (ЕЕД 1 мЗв). Біохімія крові: заг білок 75 г/л, альб 43 г/л, заг білірубін 11,7 мкмоль/л, креатинін 70 мкмоль/л, сечовина 5,2 ммоль/л, калій 4,08 ммоль/л. Бак висів сечі: *proteus mirabilis* м.ч. 1 млн/мл (стійкий до всіх препаратів). Дитина консультована педіатром, окулістом, нейрохірургом. В ході обстеження встановлено діагноз: Сечокам'яна хвороба: конкременти сечового міхура. Спінальний сечовий міхур. Вторинний хронічний цистит. Стан після перенесеної важкої ХСМТ. Переломовивих Т₁₂, L₁ хребців з компресією спинного мозку. Нижній парапарез з порушенням функції тазових органів. Стан після операцій (2010 р.). Після курсу проведеної антибактеріальної терапії, дитині 24.05.2013 р. проведена контактна цистолітотрипсія (Хід операції: після обробки зовнішніх статевих органів неостерилом виконано встановлення уретероцистоскопа 23 Шр. Інстиляція фурациліну 100,0. Ревізія уретри та сечового міхура. Виявлено бульозно-змінену слизову сечового міхура. Стінка сечового міхура трабекулярно змінена, відмічається маса псевдодивертикулів, поширення вічок сечоводів, 4 конкременти максимальним розміром до 2,3 см. Виконано літотрипсію (пневматичний літотриптор «Літокласт»), видалення дрібних фрагментів конкрементів, санацію фурациліном (у об'ємі до 5 літрів). Слизова контактно кровоточить. Уретероцистоскоп видалено, встановлено катетер Фолея 20 Шр.) під загальним в/в наркозом. Тривалість операції 1 год 25 хв. В післяопераційному періоді призначено інфузійну терапію, транексамову кислоту, антибактеріальну терапію (цефтріаксон), промивання сечового міхура (фурацилін+гентаміцин). 30.05.13р. виписаний додому у відносно задовільному стані.

Таким чином, проблема каменеутворення є актуальним питанням у хворих із дисфункцією сечового міхура будь-якої етіології з огляду на те, що для деривації сечі існує необхідність постановки епіцистостомічних дренажів на тривалий час.

Малоінвазивні методи лікування СКХ у хворих із дисфункцією сечового міхура дають можливість мінімізувати пошкодження стінки сечового міхура, скоротити післяопераційний період.

Література

1. *Lebowitz R. L.* Stones in the urinary bladder in children and young adults / R L Lebowitz , B Vargas // *AJR Am J Roentgenol.* – 1987 Mar;148(3): P. 491–5.
2. *Liaqat A. Shafieullah Nasir O* Role of pneumatic lithotripsy in paediatric bladder stones —“I will not cut upon stone!” / A. Liaqat, A. Saima // *KMUJ.* – 2014, – Vol. 6 No. 2 p. 60–64.
3. *Papatsoris A. G. Deliveliotis C* Bladder lithiasis: from open surgery to lithotripsy. / A. G. Papatsoris, Varkarakis I, Dellis A, // *Urol Res.* – 2006 Jun;34(3): P.163–7.

4. *Ramachandra P.* Children With Spinal Abnormalities Have an Increased Health Burden From Upper Tract Urolithiasis / P Ramachandra, Palazzi KL, Holmes NM, Chiang G // June 2014. – Volume 83, Issue 6, P. 1378–1382.
5. *Schwartz B. F.* The vesical calculus/ Schwartz B. F., Stoller M. L. // Urol Clin North Am. – 2000. – May;27(2). P. 333–46.